

Література

1. Helicobacter pylori – асоційований гастрит в матеріалі гастробіопсій в групі дітей з диспепсією / І.Н. Огородникова, А.А. Нижевич, А.Г. Арзамасцев [и др.] // Архив патологии. – 2005. – № 1. – С. 28-30.
2. Григоренко Д.Е. Лимфоидные структуры двенадцатиперстной кишки человека в подростковом и юношеском возрасте / Д.Е. Григоренко // Морфология. – 2002. – Т. 122, № 5. – С. 63 – 65.
3. Богмат Л.Ф., Яковлева І.М. Ендоскопічні та морфологічні аспекти захворювань верхніх відділів травного тракту у підлітків із системною дисплазією сполучної тканини / Л.Ф. Богмат, І.М. Яковлева // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 2. – С. 44–48.
4. Дуоденит : возрастная гетерогенность и прогноз (лекция) / В.Л. Пайков, М.П. Королев, В.А. Александрова [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1994. – Т. 39, № 5. – С. 25–27.
5. Аруин Л.И. Новая международная классификация гастрита (модификация Сиднейской системы) / Л.И. Аруин // Архив патологии. – 1997. – № 3. – С. 3–7.
6. Принципы современной классификации дуоденитов / М.Р. Конорев, А.М. Литвяков, М.Е. Матвеевко [и др.] // Клиническая медицина. – 2003. – № 2. – С. 15 – 19.
7. Шорманов С.В. Морфологические изменения коронарных артерий при экспериментальной коарктации аорты и после ее устранения / Шорманов С.В. // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. – 1982. – Т. 82, № 1. – С. 98–107.
8. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия / Автандилов Г.Г. – М. : Медицина, 1990. – 348 с.
9. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / Реброва О.Ю. – М., Медиа Сфера, 2006. – 312 с.
10. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. / С. Гланц – М., Практика, 1998. – 459 с.

УДК 616-018-007.17-053.2-039.76: 796.093.54

В.М. Буряк, С.І. Такташов, Р.Ф. Махмутов**РЕАБИЛИТАЦІЯ ДІТЕЙ ІЗ ПРОЯВАМИ СИНДРОМУ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ***Національний медичний університет імені М. Горького, м. Донецьк*

РЕАБИЛИТАЦІЯ ДІТЕЙ ІЗ ПРОЯВАМИ СИНДРОМУ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ. Обстежено 50 дітей у віці від 12 до 17 років. Усі діти були розділені на 3 групи. У першу групу ввійшло 22 дітей з легким ступенем ваги гіпермобільності суглобів. В другу групу ввійшло 16 дітей з помірним ступенем гіпермобільності суглобів. У третю групу ввійшло 12 практично здорових дітей, що склали контрольну групу. Докладно описані комплекси вправ, використаних у комплексному лікуванні дітей з гіпермобільністю суглобів. Встановлено ефективність цих комплексів. Вони дозволяють зміцнити опорно – руховий апарат і запобігти прогресуванню гіпермобільності суглобів.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. Обследовано 50 детей в возрасте от 12 до 17 лет. Все дети были разделены на 3 группы. В первую группу вошло 22 детей с легкой степенью тяжести гипермобильности суставов. Во вторую группу вошло 16 детей с умеренной степенью гипермобильности суставов. В третью группу вошло 12 практически здоровых детей, составивших контрольную группу. Подробно описаны комплексы упражнений, использованных в комплексном лечении детей с гипермобильностью суставов. Установлена эффективность этих комплексов. Они позволяют укрепить опорно – двигательный аппарат и предотвратить прогрессирование гипермобильности суставов.

REABILITATION OF CHILDREN WITH DISPLAYS OF SYNDROME OF THE CONNECTING FABRIC IN CONDITIONS. 50 children in the age of from 12 till 17 years are surveyed. All children have been divided into 3 groups. The first group included 22 children with an easy degree of weight of hypermobility of joints. The second group included 16 children with the moderate degree of hypermobility of joints. Into the third group have entered practically healthy 12 children who have made control group. Complexes of the exercises used in complex treatment of children with hypermobility of joints are in detail described. Efficiency of these complexes is established. They allow to strengthen support – motor apparatus impellent device and to prevent progressing hypermobility of joints.

Ключові слова: діти, дисплазія сполучної тканини, реабілітація.**Ключевые слова:** дети, дисплазия соединительной ткани, реабилитация.**Key words:** children, displays of the connecting fabric in conditions, rehabilitation.

ВСТУП. В дітей астенічної тілобудови зі слабо розвинutoю мускулатурою тіла та кінцівок, різною патологією опорно-рухового апарату (надмірною рухливістю -гіпермобільністю, обумовленою слабкістю зв'язкового апарату), з кістяковими змінами (різні деформації грудної клітки) в основі є дисплазія сполучної тканини (ДСТ). Часто ці ознаки виявляються окремо або в різних поєднаннях. Якщо цих ознак небагато, то їх сприймають як індивідуальні особливості незагострюючи увагу лікарів. Але до проявів ДСТ відносяться не тільки специфічний зовнішній вигляд, але і тяжкі патологічні зміни внутрішніх органів і опорно-рухового апарату. До особливостей ДСТ варто віднести її прогресування. Зазвичай, виявлення перших ознак ДСТ відбувається в 3 – 5 років, а чіткі прояви формуються в шкільному віці [1, 2]. З цілком сформованою ДСТ боротися важко, але при ранніх виявленнях окремих її проявів, при грамотно призначених реабілітаційних заходах можна запобігти її прогресуванню.

Лікувальна фізкультура і тренувальні навантаження – найголовніший напрямок при роботі з ДСТ. Конкретні методики лікувальної фізкультури повинен визначати лікар ЛФК, тому що це складна індивідуальна робота. Усі реабілітаційні заходи будуються на дозованих фізичних навантаженнях, тому і потрібні спеціалізовані центри і програми проведення занять, орієнтовані на тривалий період. В даний час достатньо складним є створення спеціалізованих реабілітаційних центрів. Реальнішою є розробка спеціалізованих програм проведення занять, адаптованих до умов існуючих оздоровчих секцій під контролем підготовлених для цих цілей тренерів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Нами була проведена оцінка ефективності програм індивідуальних і групових тренувань у дітей з зовнішніми проявами синдрому ДСТ – змінами м'язової системи, хребта (порушення постави) і надмірної рухливості (гіпермобільність) суглобів. Під нашим спостереженням було 50 дітей у віці від 12 до 17 років (25 дівчат і 25 хлопчиків), з різним ступенем розвитку м'язової системи і гіпермобільністю суглобів (ГМС). Оскільки виразність змін варіювала, ми розділили дітей на 3 групи, відповідно вазі ГМС. Була виділена група з легким ступенем ваги – 22 дітей, помірним ступенем – 16 дітей і практично здорових дітей з одиничними ознаками ГМС – 12 дітей (контрольна група).

В основі розподілу груп за ступенем ваги ГМС була прийнята шкала Н.И. Коршунова, В.Р. Гауєрта [3], що дозволяє оцінювати ГМС, залежно від її величини, в градусах і в балах. Система оцінки рухів в градусах проводилася відповідно до правил, описаних в дитячій артрології [4]. Це – досить кропітка робота, але вона дає не тільки якісне, але і кількісне значення для визначення ступеня ваги ГМС. Недолік – ігнорування в шкалі наявності або відсутності позасуглобових проявів синдрому ГМС. Ми використали 4 показники, що характеризують гіпермобільність хребта і порушення постави тіла. Їхня оцінка проводилася то шкалі Н.И. Фоміній [5]. Таким чином, шкала, запропонована Н.И. Коршуновим,

В.Р. Гауєртом і доповнена нами може служити не тільки для оцінки ступеня ваги ГМС, але і є кількісним тестом для визначення ефективності проведених фізичних тренувань.

При сумарній бальній оцінці гіпермобільності в групах дітей до початку тренувань спостерігалися достовірні відмінності як по ГМС, так і гіпермобільності хребта. Тим чином при аналізі гіпермобільності в окремих суглобах виявилось, що найбільш часто ГМС відзначалася в менших суглобах, які фізично навантажуються – дорсофлексія мизинця, перерозгинання в променево-зап'ясному суглобі. ГМС у суглобах з більшим фізичним навантаженням відзначається рідше – перерозгинання в гомілковостопному, колінному суглобі. Аналіз асиметричності обсягу рухів у суглобах у групах дітей із ГМС показав, що майже у всіх дітей підвищена рухливість виявлялася в лівих кінцівках, тоді як у правих кінцівках вона відзначалася в третини дітей. Перевага гіпермобільності в лівих кінцівках, очевидно, пов'язана з більш слабшим розвитком м'язових груп згиначів, ніж у правих кінцівках, що підтверджується вихідною динамометрією – зниженням сили лівої кисті на 10 -15 % у порівнянні з правою кистю. З позасуглобових особливостей проявів гіпермобільності слід зазначити наявність майже у всіх дітей порушення постави у виді сплющеної грудної клітки, кіфозу, сколіозу (в основному лівостороннього), що варто розцінювати як прояв гіпермобільності хребта.

Показники нахилу тулуба вперед, кіфозу, сколіозу відповідали 1-2 балам. Частіше відзначалися кіфози.

У плані комплексу реабілітаційних заходів синдрому ГМС нами за допомогою співробітників клубу розроблені програми проведення занять і комплекси вправ, спрямованих на поліпшення стану окремих і загальних м'язово-зв'язкових груп. Специфіка цих занять полягала в підвищенні навантаження на м'язи – згиначі, на розгиначі навантаження не знімалося.

Ідеальний комплекс вправ, що використовується у комплексному лікуванні дітей із ГМС, спрямований на підвищення тонусу верхніх і нижніх кінцівок був наступним:

Вихідне положення стоячи. Руки уздовж тіла. Видих посилений! Вправа виконується без додаткового навантаження (гантелі, боді-шари і т.д.) у дітей, молодших 10 років і з невеликими навантаженнями (гантелі по 1-2 кг) у дітей 10-14 років.

Вихідне положення – стоячи. Руки вздовж тіла. Нахили тіла вперед у повільному темпі. Спина рівна. Кут нахилу 90°. До 30 разів.

Вихідне положення – стоячи. Руки вздовж тіла. Нахили тіла в сторони. Живіт і спина напружені (зміцнення м'язового корсета). До 15 разів у кожному сторону.

Вихідне положення – стоячи Руки вздовж тіла. Підйом прямих рук у сторони до 90°. Робота дельтоподібного м'яза і м'язів спини, плечового пояса. До 15 разів кожною рукою.

Вихідне положення -стоячи. Руки уздовж тіла. Лікті притиснуті до тіла. Підйом обох передпліч з опором або

з невеликими навантаженнями (гантелі по 0,5-1 кг). Біцепс плеча. До 30 разів.

Вихідне положення – стоячи. Кругові рухи в променево-зап'ясних суглобах з невеликими навантаженнями (гантелі по 0,5-1 кг). До 30 разів.

Наступний комплекс вправ, застосований при лікуванні дітей із ГМС і хребта, був спрямований на зміцнення м'язових груп тулуба, особливо грудної клітки, кінцівок, шляхом тренувань на великих аеробних м'ячах (Фітнес – Боллах).

Комплекс вправ на фітнес – м'ячі (загальнозміцнюючий).

Розминка 6 хвилин.

Вихідне положення – м'яч тримати перед собою. Приставний крок вправо – вліво, м'яч виводити вбік, куди відбувається крок. 3 хвилини.

Вихідне положення – стоячи, м'яч тримати перед собою, ноги на ширині плечей, малювати знак “?” перед собою. 3 хвилини.

Основна частина:

1. Вихідне положення – стоячи, м'яч тримати перед собою. Коліна призігнуті, живіт втягнути, грудне дихання. На підйомі – видих. Піднімати руки, зігнуті в ліктях, перед собою. Руки і м'яч піднімати до рівня плеча. Працює передня поверхня плеча, передній пучок дельтоподібного м'яза, прес фіксує корпус. Плечі не піднімати. До 15 разів.

2. Вихідне положення – стоячи, м'яч тримати перед собою. Лікті притиснуті до корпусу. Коліна призігнуті, живіт втягнутий. Піднімати м'яч і опускати перед собою. Основне навантаження – біцепс плеча. До 15 разів.

3. Вихідне положення – стоячи, м'яч перед собою. Руки на м'ячі, спина пряма (не сутулитися!). Стопи паралельно одна одній. Присідання. У нижній крапці стегна займають горизонтальне положення. Коліна не зводити. До 15 разів. Для більш підготовлених вправи можна ускладнити, додавши підйом колін на підйомі. У вправі беруть участь усі групи м'язів ніг.

4. Вихідне положення – лежачи животом на м'ячі, ноги широко розставлені, упираються в підлогу, руки біля підборіддя. Піднімати корпус нагору, затримуючи на верху. Вправа – гіперекстензія. М'язи, що фіксують хребет (поздовжні). До 15 разів.

5. Вихідне положення – лежачи гомілками на м'ячі, руки упираються в підлогу, лікті в сторони. Віджимання. Навантаження на великі і малі грудні м'язи, м'язи рук, преса, спини. До 10 разів.

6. Вихідне положення – лежачи гомілками на м'ячі, руки упираються в підлогу. Підтягувати гомілки до грудей. Навантаження на всі групи м'язів. До 10 разів.

7. Вихідне положення – лежачи боком на м'ячі, живіт втягнути, одна нога зігнута в коліні і стоїть на підлозі, друга нога пряма, носок повернути уперед (гомілка скорочена). Піднімати ногу. До 15 разів кожною ногою.

8. Вихідне положення – лежачи спиною на підлозі, ноги на м'ячі, руки за головою, лікті в сторони. Підйом корпусу, лопатки відриваються від підлоги. Навантаження на прес, верхні відділи. До 30 разів.

9. Вихідне положення – лежачи спиною на підлозі, стопами затиснути м'яч, руки під сідницями, попереки притиснуті до підлоги. Піднімати м'яч над підлогою. Навантаження на прес, нижні відділи. До 10 разів.

10. Вихідне положення – лежачи спиною на підлозі, руки закинута з м'ячем за голову. Коліна зігнуті, попереки притиснуті до підлоги. Підйом рук з м'ячем над собою й опускання у вихідне положення. До 20 разів.

11. Заключна частина. Відпочинок і легка розтяжка. Силові заняття можна комбінувати з заняттями в танцювальних класах і аквааеробікою.

12. По зазначених програмах діти займалися в групах протягом 12-18 місяців, кратність занять від 3-х разів у тиждень і більше. Пророблення окремих груп м'язів проводилося по днях відвідування. Перший день – м'яз спини і кінцівок, другий день – м'яз грудей і трицепси (мінімальне навантаження), третій день – м'яз спини і біцепси. Розрахунок обтяження в динаміку розраховувався на місяць, і нарощування відбувалося щотижневе від 0,5 до 2,0 кг.

Рівень фізичних навантажень постійно контролювався за показниками реакції серцево-судинної системи. До і після занять визначалися ЧД, ЧСС, АТ, обчислювалися ПД, МО, що дозволяло коригувати адекватність фізичних навантажень функціональним можливостям організму. До початку занять і наприкінці року дітям проводилися ЕХОКГ і ЕКГ. Стан фізичного розвитку контролювалося антропометрією і динамометрією 1 раз у квартал. Для контролю ефективності занять використовували динамометричні методи оцінки сили м'язів, градусні зміни рухливості суглобів, визначення окружності м'язових груп.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Під впливом систематичних занять уже до кінця 3-го місяця відзначалося підвищення тону, сили м'язів нижніх кінцівок, на 4-м місяці – верхніх кінцівок.

Протягом 12 – 14 місяців значно покращилися показники фізичного розвитку. Так, маса тіла збільшилася у всіх дітей у середньому на 3 кг, динамометричні показники сили м'язів плечового, поперекового відділу збільшилися на 10 – 15 %. Значно покращилася постава тіла, зменшилися явища сколіозу, кіфозу. Ці дані вказують на значне зміцнення м'язових груп кінцівок, тулуба, у тому числі і мускулатури навколишніх суглобів і, як наслідок, зменшення їхньої гіпермобільності.

У дітей 2 і 3 груп сумарні бали гіпермобільності суглобів і хребта після проведеного курсу тренувань істотно відрізнялися від вихідних величин: у 2-й групі ГМС $8,4 \pm 0,48 - 3,8 \pm 0,81$ ($p < 0,01$), хребта $2,5 \pm 0,14 - 1,39 \pm 0,23$ ($p < 0,01$), у 3-й групі відповідно – $15,4 \pm 0,48 - 4,3 \pm 0,43$ ($p < 0,01$), $5,0 \pm 0,30 - 2,3 \pm 0,45$ ($p < 0,01$).

Для визначення ефективності тренувальних комплексів фізичних вправ при різних ступенях гіпермобільного синдрому нами проаналізовані показники сумарних балів між 2, 3 групами і 1 -ю (конт-

рольною) групою, отримані наприкінці тренувально-го курсу.

При зіставленні показників дітей 2-ї групи з показниками контрольної групи істотних розходжень не було виявлено ($p > 0,05$). Це свідчить про достатню ефективність тренувальних навантажень, відновлення мобільності суглобів і хребта і дає підставу для підвищення фізичних тренувальних навантажень, але з обмеженням навантажень на розтяжку, стрибки, силові напруги (штанга, гирі). У той час в дітей 3-ї групи показники не досягали величин 2 і 1 груп ($p < 0,05$), незважаючи на те, що усередині групи була істотна динаміка ($p < 0,01$).

Тому для дітей з помірним ступенем ваги ГМС варто продовжувати заняття в тренувальних групах або при засвоєнні техніки виконання вправ продовжувати самостійні заняття, диференційовано підвищуючи навантаження з приведення комплексу вправ на м'язові групи гіпермобільних суглобів під контролем інструкторів, а також використовувати лікувально – профілактичні заходи щодо рекомендації лікаря.

Литература

1. Блиникова О.Е., Румянцева В.А. Гипермобильность суставов в детском возрасте // Педиатрия. – 2001. – № 1. – С. 68–75.
2. Бельский А.Г., Маслова Е.С. Клинические варианты проявления синдрома гипермобильности суставов в возрастном аспекте // Клин. мед. – 2002. – № 4. – С. 42–455.
3. Коршунов Н.И., Гауерт В.Р. Синдром гипермобильности суставов: клиническая характеристика и

ВИСНОВОК. 1. При проведенні розроблених нами занять від 3 – до 12 місяців підвищується сила і тонус м'язів у дітей з синдромом дисплазії сполучної тканини.

2. Після 13-14 місяців занять відмічається збільшення маси тіла про що свідчить зменшення показників гіпермобільності. 3. Заняття для дітей з легким і помірним ступенем гіпермобільності суглобів під медичним контролем можуть бути використані для зміцнення опорно-рухового апарату. 4. Профілактика подальших ускладнень синдрому дисплазії сполучної тканини можлива при використанні тренувань.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальше вивчення комплексних причин дисплазії сполучної тканини зможе допомогти діагностувати не тільки важку патологію опорно-рухового апарату, а також віддалені наслідки цих порушень, патологічні зміни внутрішніх органів. Доцільно удосконалити комплекси реабілітаційних заходів при синдромі недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

особенности ревматоидного артрита и остеоартроза, развившихся на его фоне // Тер. архив. – 1997. – № 12. – С. 23–27.

4. Студеникин М.Я., Яковлева А.А. Руководство по детской артрологии. М.: Медицина, 1987. – 95 с. Фомина Л.Н. Клинические особенности течения артритов у детей с признаками дисплазии соединительной ткани: Автореф. канд. мед. наук. Москва. – 1993. – 23 с.

УДК 616-053.2-007.21-02:613.22

Т.О. Воронцова, І.О. Багірян, О.М. Шульгай, О.М. Начас, Г.Я. Дубровіна, Г.Т. Юхимчук, Л.М. Осіння, М.М. Івасенко, Д.В. Козак

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА ШЛЯХИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського. Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня. Міська дитяча лікарня, м. Тернопіль. Тернопільська центральна районна лікарня. НВ ТОВ "Житомирбіопродукт"

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА ШЛЯХИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ. У дітей із відставанням в рості неендокринного генезу досліджувався стан харчування, процеси перекисного окислення ліпідів, супутня соматична патологія. Результати дозволили виявити порушення харчового статусу, процесів окисного метаболізму та визначитися з раціональною патогенетичною терапією, яка б сприяла активній стимуляції ростових процесів та відновленню функціонального стану внутрішніх органів, мала мінімальні побічні ефекти і дозволяла вирішити проблему поліпрагмазії.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ. У детей с отставанием в росте неэндокринного генеза проводили исследования состояния питания, процессов перекисного окисления липидов, изучали сопутствующую соматическую патологию. Результаты позволили выявить нарушения пищевого